



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Efecto de la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad en el paciente pre quirúrgico del servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2013

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTOR

Gael Campos Truyenque

**LIMA – PERÚ
2015**

PRESENTACION

Dado el incremento de las enfermedades medico quirúrgicas que requieren como alternativa terapéutica la cirugía, este puede desencadenar ansiedad y estrés; los mismos que influyen en el proceso de recuperación del postoperatorio.

Por lo que la enfermera que labora en el servicio de cirugía debe identificar permanentemente las diferentes manifestaciones de ansiedad, utilizando para ello la Consejería de Enfermería el cual tiene como objetivo reducir el nivel de ansiedad del paciente a través de la orientación que se le brinde, contribuyendo en el proceso de recuperación, prestando una asistencia calificada al paciente que se someterá al tratamiento quirúrgico.

El presente estudio titulado: “Efecto de la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad en el paciente pre quirúrgico del servicio de cirugía del instituto nacional de ciencias neurológicas, 2013”; tuvo como objetivo determinar efecto de la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad en pacientes que van a ser sometidos a una cirugía en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. El propósito estuvo orientado a proporcionar información actualizada que permita al profesional de enfermería formular estrategias y/o actividades sobre la aplicación de la consejería de Enfermería en el control de la ansiedad en el paciente pre quirúrgico, incentivando a la participación activa de las profesionales de enfermería.

El estudio consta del Capítulo I. Introducción; donde se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico; que comprende los antecedentes del estudio, base teórica, formulacio de hipótesis, definición operacional de términos e hipótesis. Capitulo III. Metodología; que presenta el nivel, tipo y método, área

de estudio, población, técnica e instrumento, procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA

La intervención quirúrgica desencadena en el paciente diversas emociones, entre las cuales la ansiedad y el estrés, puede repercutir de alguna manera en la evolución y recuperación del paciente, prolongando la estancia hospitalaria. Los síntomas fisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta mucho tiempo después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevación de la tensión arterial, disnea, entre otros. Así mismo, es necesario detectar, como los cambios fisiológicos suelen acompañar los estados de ansiedad y afectar el óptimo desarrollo de la intervención quirúrgica, tales como variaciones de la tensión arterial o de la frecuencia cardiaca, hiperventilación, posibles arritmias o la probable descompensación de alguna enfermedad crónica por citar algunos.(1)

Cuando la persona presenta ansiedad o estrés, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, sus heridas demoraran en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más largo. También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el medico o el staff, uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad (2).

La ansiedad que la persona pueda experimentar y la capacidad del paciente para manejarla depende de: haber sido testigo o experimentado complicaciones quirúrgicas pasadas, duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de

preparación previa para la cirugía, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Debe considerarse que cada persona reacciona de modo diferente al mismo estímulo o situación vivenciada. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas que implican ciertos riesgos para la salud. Los pacientes quirúrgicos manifiestan sentimientos de ansiedad relacionados generalmente a encontrarse en un entorno extraño, miedo a no despertar de la anestesia o a la pérdida de la función corporal o bien sentir dolor durante o después de la operación. (3)

Los pacientes que se inquietan y se perturban cuando por razones graves de su salud son llevados por un tiempo al área de cuidados intensivos, éste observa parcialmente la situación desde su cama, incrementándose sus temores, dudas y preocupaciones, preguntándose si esta será la misma suerte que se encontrará él. (4) Por tanto la evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía, requiere de especial atención a nivel médico y psicológico.

En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas no existe muchos reportes de nivel de ansiedad, raras veces el personal de enfermería y médicos realizan un programa que intervenga directamente en la satisfacción del enfermo hacia los cuidados recibidos y se constituya en un elemento clave para enfrentar algunos sucesos que pudieran presentarse durante el pre operatorio; mucho menos no existe una Consejería de Enfermería para los pacientes pre quirúrgicos; teniendo en cuenta que una de las principales causas de la ansiedad preoperatoria es la falta de información.

Al interactuar con algunos pacientes refieren: “pienso que no regresare de sala de operaciones”, “es importante al menos una palabra de aliento

antes que ingrese a operarme”, “estoy preocupado, nunca me opere”, “si al menos supiera como ingresare a operarme”. Es ahí que la Consejería de Enfermería tiene como objetivo reducir el nivel de ansiedad del paciente a través de información que contemple las acciones que serán desarrolladas durante la pre, trans y posoperatorio (periodo perioperatorio), colaborar en la recuperación de la salud y prestar asistencia calificada al paciente que se someterá al tratamiento quirúrgico. (5) Por lo tanto la Consejería de Enfermería podría dirigirse a proporcionar información de una manera formal y estructurada al paciente quirúrgico teniendo una visión holística de este como ser humano.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es el efecto de la Consejería de Enfermería en la disminución de la ansiedad en el paciente pre quirúrgico del servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas durante el año 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La enfermera que labora en el servicio de cirugía debe saber identificar las diferentes manifestaciones de ansiedad, siendo importante que la enfermera realice la Consejería el cual tiene como objetivo reducir el nivel de ansiedad del paciente a través de la orientación que se le brinde, contribuyendo en el proceso de recuperación, prestando una asistencia calificada al paciente que se someterá al tratamiento quirúrgico. Y contribuir a mejorar la calidad de atención al paciente quirúrgico.

1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el efecto de la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad del paciente pre quirúrgico, en el servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, durante el año 2013.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de Ansiedad Rasgo en el grupo experimental y control
- Identificar el nivel de Ansiedad Estado en el grupo experimental grupo control.

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a la institución de salud, al Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y a las enfermeras que laboran en el servicio de Cirugía, con el fin de que se elabore un plan de Consejería de Enfermería, que al ser implementada fortalezca las competencias de las profesionales de enfermería, a fin de brindar un mejor cuidado al paciente pre quirúrgico, frente a la ansiedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos que:

A nivel nacional, Gonzáles, Patricia; en Lima Perú, el 2006, realizó un estudio titulado “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el hospital Edgardo Rebagliati Martins”, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto de miocardio en el servicio de Cardiología del mencionado hospital; el método de estudio fue descriptivo, la población fue de 57 pacientes del servicio de Cardiología; la técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de autovaloración de la Depresión y Ansiedad de Zung. Las conclusiones fueron:

“Existe niveles elevados de ansiedad y depresión en la población estudiada de pacientes con síndromes coronarios agudos; y estos niveles de ansiedad y depresión no estuvieron asociados con otras variables clínicas” (6).

A nivel Internacional, Pérez, Raquel; en Cuba, en 1997, realizó un estudio titulado “Influencia de la Ansiedad Pre quirúrgica en la evolución de la Cirugía de las Várices”, el cual tuvo como objetivo evaluar la influencia de la ansiedad pre quirúrgica en la recuperación posoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía por várices. El método fue de corte longitudinal; la población fue de 66 pacientes de diversas instituciones de salud de Cuba. La técnica fue la encuesta y el instrumento el Inventario

de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. La conclusión del estudio fue:

“La indicación quirúrgica produce niveles de ansiedad moderados los cuales se incrementan hasta alcanzar su máxima intensidad el día de la operación, además la ansiedad prequirúrgica está asociada al dolor posoperatorio, la elevación de la tensión arterial en el preoperatorio y la necesidad de consumir analgésicos y sedantes. Es importante realizar una preparación psicológica para la cirugía, incluso en intervenciones sencillas como es la cirugía de las várices” (7).

Barsanti, Sandra; en Argentina, en 1997 realizó un estudio titulado “Impacto de una preparación psicológica con una técnica preventiva sobre el nivel de ansiedad en niños sometidos a una cirugía programada de baja y mediana complejidad en el Hospital de Pediatría Juan Garrahan”, el cual tuvo como objetivo: Evaluar el impacto de una preparación psicológica con una técnica preventiva sobre el nivel de ansiedad en niños sometidos a una cirugía programada de baja y mediana complejidad. El método fue cuantitativo, cuasi experimental, la población fue de 57 pacientes; la técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de autovaloración de la ansiedad. La conclusión del estudio fue:

“La preparación psicológica antes que los niños sean sometidos a una cirugía es completamente válida para disminuir la ansiedad” (8).

Grootk I., en Holanda, en 1997, realizó un estudio titulado “Influencia de las variables psicológicas sobre la ansiedad posoperatoria y las dolencias físicas en pacientes sometidos a cirugía lumbar, del Hospital de

Rotterdam”, el cual tuvo como objetivo analizar la influencia del grado de aceptación de la cirugía y la fatiga, el dolor y la ansiedad prequirúrgicos sobre la ansiedad y las dolencias físicas posoperatorias. El método fue cuantitativo, descriptivo correlacional, la población fue de 126 pacientes de 20 a 77 años de edad. Los instrumentos fueron State-Trait Anxiety Inventory, y la escala visual análoga del dolor. La conclusión del estudio fue:

“Los pacientes que presentan niveles preoperatorios elevados de ansiedad, de fatiga o de dolor tendrán peor evolución posoperatoria y requieren de estrategias intervencionistas para reducir el estrés emocional que se evidencia por medio de dichas condiciones preoperatorias” (9).

Aparcero, L; en España, el 2003, realizó un estudio titulado: “La visita entrevista pre quirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad en el control de la ansiedad”, el cual tuvo como objetivo: determinar el efecto de la entrevista pre quirúrgica en el control de la ansiedad en pacientes del Hospital Nuestra Señora de Valme. El método fue cuantitativo, experimental, la población fue de 45 pacientes, el instrumento fue el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. La conclusión del estudio fue:

“La entrevista pre quirúrgica al paciente permite disminuir la ansiedad, crear un clima de tranquilidad y confort en su entorno y evitar o minimizar la aparición de dolor agudo postquirúrgico” (10).

CHIRVECHES, Emilia; en España, el 2006, realizó un estudio titulado “Efecto de una visita pre quirúrgica de Enfermería Perioperatoria sobre la Ansiedad y el Dolor en un Centro Hospitalario” el cual tuvo como objetivo:

Evaluar el efecto de una visita prequirúrgica estructurada de enfermería sobre el grado de ansiedad, el dolor posquirúrgico y la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería y el proceso quirúrgico. El estudio es de tipo ensayo clínico controlado y prospectivo. La población fue de 350 pacientes: 183 del grupo control y 167 del grupo de intervención, el instrumento fue el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. El estudio concluye que:

“la visita prequirúrgica estructurada de enfermería reduce la ansiedad situacional, mejora la satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico y no modifica la percepción del dolor agudo postoperatorio” (11).

Por los antecedentes revisados se puede mencionar que estos han permitido diseñar la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que los resultados permitan formular estrategias orientadas a mejorar la calidad de atención al paciente quirúrgico, a fin de disminuir el riesgo a complicaciones.

2.2. BASE TEORICA

GENERALIDADES DEL PROCESO QUIRÚRGICO

LA CIRUGÍA

Es el arte y la ciencia de tratar enfermedades, lesiones y deformidades mediante la operación y la instrumentación. Según su localización pueden ser de tipo Externa: a la piel y a los tejidos adyacentes. Superficial, tiene menos riesgo. Interna: implica la penetración en el interior del organismo. Según su Extensión. Puede ser de tipo Menor siendo una cirugía simple, sin apenas riesgo que se puede realizar con anestesia local; y de tipo

Mayor, que es una cirugía de mayor complejidad e implica riesgo para la vida. Se suele utilizar anestesia general (12)

Propósito de la cirugía.

Tipo de cirugía.	Razón quirúrgica.	Ejemplos.
Diagnóstica.	Determinar la causa de los síntomas.	Biopsia Laparotomía exploratoria.
Curativa.	Retirar la parte enferma	Apendicetomía.
Restauradora	Fortalecer áreas debilitadas. Corregir deformidades. Unir nuevamente zonas separadas.	Herniorrafía. Reemplazo de la válvula mitral. Osteosíntesis.
Paliativa.	Aliviar síntomas sin curar la enfermedad	Simpactectomía.
Plástica	Mejorar la apariencia	Rinoplastia.

Fuente: Gandsas Mario, "Fundamentos de Enfermería Quirúrgica e Instrumentación" 4ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1998

Fases del periodo perioperatorio.

Las fases son las siguientes:

- Preoperatoria; inicia cuando se toma la decisión de operar y termina cuando el paciente entra en quirófano.
- Intraoperatoria; se da cuando el paciente entre en el quirófano y termina cuando ingresa en la sala de recuperación.
- Postoperatoria: comienza cuando ingresa a recuperación y finaliza cuando se ha recuperado de la cirugía.

Actividades de enfermería en el preoperatorio.

Recoger información: a través de la entrevista de enfermera; datos personales, experiencias en cirugías previas, identificar al cuidador principal, medicaciones, tabaquismo, alcohol, capacidad del paciente para afrontar una situación estresante, afectación de la intervención a nivel de autoestima.

Comprobar si tiene firmado el consentimiento informado.

Comprobar si están realizadas las pruebas complementarias: ECG, placa de tórax, analítica de sangre (hemoglobina, hematocrito, recuento de leucocitos, tiempo de protombina, plaquetas, glucemia, bioquímica, pruebas cruzadas). Analítica de orina con sistemático y sedimento.

Recogida de información para determinar la presencia de cualquier problema de salud que pueda suponer un riesgo quirúrgico: alteraciones cardíacas, alteración de la coagulación, alteraciones del aparato respiratorio, enfermedad renal, diabetes mellitas, enfermedad hepática, enfermedades neurológicas no controladas.

Preparación al paciente para la intervención: reducir temores, informar al paciente, establecer contacto con la familia y facilitar apoyo y orientación.

Preparación general del paciente: piel (la extensión cutánea tiene que ser mayor que la incisión quirúrgica), ayunas, higiene y rasurado, enemas de limpieza, la mañana de la intervención se realiza la toma de constantes y se administra la medicación preoperatoria pauta (benzodiacepinas y barbitúricos, anticolinérgicos, narcóticos, antieméticos).

Educación al paciente: ejercicios para evitar complicaciones. Movimientos en la cama, ejercicios de piernas, ejercicios de respiración diafragmática, tos.

LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRURGICO

La ansiedad es un estado subjetivo consciente diferente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Es también considerada como un sentimiento desagradable e incierto en donde el individuo está en espera de un peligro inminente no presente ni objetado, que implica la intervención de tres factores: cognoscitivos, autónomos y cambios motores (13).

Fisiológicamente es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral, la activación se traduce como los síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas de estimulación del

sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirían en síntomas psicológicos de la ansiedad (2).

Spielberger, define a la ansiedad como una reacción del individuo que se produce cuando ve un agente (situaciones o estímulos que se caracterizan objetivamente por algún tipo de peligro físico o psicológico) como algo amenazador (percepción de dicha situación como algo peligroso o dañino). Asimismo señala dos tipos de ansiedad, una definida como un estado emocional transitorio, de intensidad variable y que fluctúa en el tiempo caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo, es decir, es la ansiedad presente en el momento dado por el sujeto ante una situación específica, denominada como ansiedad - estado. (14)

La otra es definida como ansiedad - rasgo, la cual es la propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, este tipo de ansiedad es más característica cuando el individuo interpreta al mundo más peligroso y amenazador; dicho individuo es más vulnerable a la tensión, experimenta estados de ansiedad más prolongados, esta más propenso a experimentar ansiedad neurótica; es más vulnerable a la evaluación de los demás porque se subestima y prevalece su falta de confianza en si mismo.

La ansiedad-rasgo es un motivo o predisposición conductual adquirida, que predispone a un individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivamente no peligrosas como amenazantes, y responder a ellas, con una ansiedad-estado desproporcionada en intensidad o magnitud, al peligro objetivo. Personas con alta ansiedad rasgo perciben mayor número de situaciones como amenazantes o responden a situaciones amenazantes con niveles más elevados de ansiedad-estado. Dentro de los síntomas de la ansiedad, Spielberger señala que el comportamiento producido por el estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, tics nerviosos, falta de energía y fatiga.

Cuando sucede la ansiedad se dan una serie de cambios, así el hipotálamo activa el sistema nervioso autónomo movilizándolo el cuerpo para enfrentarse a determinadas situaciones, activa la glándula pituitaria quien segrega la hormona adrenocorticotrófica, quien se va por vía hemática estimulando a la glándula adrenal dando lugar a la adrenalina y otros agentes bioquímicos quienes activan ciertos mecanismos del cuerpo produciendo un aumento en la actividad del corazón enviando más sangre al cerebro y a los músculos, aumentando la presión arterial y la frecuencia cardíaca, así mismo la reparación se hace más rápida y profunda proveyendo más oxígeno, la saliva y mucosidades se resecan aumentando el tamaño de los conductos de aire a los pulmones, ocasionando un incremento en la transpiración; los músculos se ponen rígidos preparando una acción rápida y vigorosa.

Dentro de la ansiedad estado y rasgo, Spielberger (14) señala tres niveles de ansiedad, los cuales son:

- Nivel de Ansiedad Baja: La persona evidencia un estado de alerta y una percepción neutral del entorno, trata de manejar individualmente su estado emocional, asumiendo una actitud de autosuficiencia.
- Nivel de Ansiedad Media: Las personas que manifiestan una Ansiedad Media, se encuentran predispuestas a agentes externos que pueden ofrecerle mecanismos de ayuda y soporte para enfrentar su estado emocional.
- Nivel de Ansiedad Alta: En personas que evidencian una Ansiedad Alta, la necesidad de ayuda y soporte para enfrentar su estado emocional es mayor, por lo que frente a algún mecanismo que pueda serle útil, es inmediatamente interiorizado, analizado y expresado por el individuo. Se caracteriza además porque los ruidos parecen fuertes, la conciencia y la capacidad asociativa están muy elevadas, se evidencia una leve irritabilidad.

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO DE SPIELBERG

Desde su aparición, este inventario ha sido traducido y adaptado a 48 idiomas y dialectos (Spielberger, 1989) y se han conducido investigaciones estableciendo normas para estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, empleados, militares, presos y pacientes de Medicina General y Cirugía, las cuales se utilizan ampliamente para los estudios de investigación y para la práctica clínica (Spielberger, 2002).

Este inventario esta, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). (14)

Cada una de ellas tiene 20 ítems. En la escala Estado, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos.

La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

Aplicación

De manera convencional, se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador. El éxito de la aplicación del Inventario está en garantizar que el sujeto comprenda bien la diferencia entre las consignas de cada subescala.

Corrección e Interpretación

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad

como rasgo, que toman valores de 20 a 80 ptos.; en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

Forma de calificación

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

Alto ($> = 45$)

Medio (30-44)

Bajo ($< = 30$)

A. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+35+39 = B$$

$$(A-B)+35=$$

Alto ($> = 45$)

Medio (30-44)

Bajo ($< = 30$)

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos ciertos.

Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos.

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio -a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos-, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica (15).

Esas dificultades pueden ser síntomas psíquicos (ansiedad, insomnio o agresividad) o problemas en la rehabilitación o en la relación médico-paciente, convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y, en ocasiones, complicaciones orgánicas.

Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo.

Uno de los rasgos distintivos de las reacciones emocionales anormales frente al estrés quirúrgico es el mal manejo de la ansiedad, de lo que se desprende la necesidad de su adecuada evaluación y control con psicofármacos y otras medidas terapéuticas.

En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores (15):

- La magnitud del factor traumático externo o real: es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizara una intervención de cirugía mayor o mutilante, etcétera.
- La duración del período preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que

con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

- Los antecedentes Personales y familiares en cuanto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.
- La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. Es por eso que, en ocasiones, una intervención menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy traumática para un enfermo con una personalidad débilmente estructurado o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable.

De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes que impresionan como absolutamente tranquilos, hasta los enfermos con una notable angustia e inquietud motora, e incluso crisis de excitación psicomotriz con agresividad.

Es muy útil que, durante la evaluación prequirúrgica o el día de la internación, el cirujano destine un tiempo de la consulta para mantener una conversación más informada con cada enfermo, y lo estimule a que cuente como enfrenta anímicamente la operación y que piensa o teme de ella. Esto suele permitir una indagación más allá de las apariencias, y surgen los verdaderos temores y preocupaciones, que el paciente no habría manifestado si la consulta hubiese estado dirigida únicamente al interrogatorio clínico-quirúrgico. Además habilita al cirujano para tranquilizarlo eficazmente con respecto a los temores específicos detectados. (Las tranquilizaciones globales -como: "quédese tranquilo, es una operación sin importancia y no pasará nada malo"- logran poco y dejan en el enfermo la sensación de no ser escuchado.

Para evaluar la ansiedad preoperatoria, el médico debe atender no sólo a los aspectos verbales (si el paciente expresa su ansiedad, si la reconoce y tolera o no, si puede hablar acerca de sus dudas o temores, etcétera). También

deberá observar manifestaciones no verbales de la ansiedad: expresión del rostro y la mirada, temblor, sudoración, etcétera.

Es necesario detectar, además, cambios fisiológicos que suelen acompañar los estados de ansiedad y pueden afectar la respuesta a las drogas anestésicas, como variaciones de la tensión arterial o la frecuencia cardíaca.

Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsias, sensación de disnea u opresión precordial atípica, etcétera. En ciertos pacientes, su incapacidad para afrontar el estrés prequirúrgico se expresa en el antecedente de reiteradas suspensiones de la operación y cambios de fecha por parte del enfermo, motivados por el temor o por trastornos somáticos como reacciones alérgicas o resfriados, por ejemplo.

Finalmente, otra cuestión muy importante es evaluar si el enfermo que está ansioso logra tranquilizarse con la información que recibe del cirujano u otros médicos del equipo, o si su ansiedad permanece sin cambios (lo que constituye un dato que pronuncia dificultades).

Es conveniente que el cirujano, el anestesiólogo y demás miembros del equipo quirúrgico presten especial atención a la capacidad y las posibilidades del paciente para afrontar el estrés quirúrgico, y consideren ya desde el preoperatorio una serie de medidas para ayudarlo a un mejor control de la ansiedad durante toda su experiencia quirúrgica.

No debe creerse que estas sugerencias son solo importantes en el sentido humanitario de atenuar el sufrimiento moral de los pacientes operados; son también indispensables para agilizar su recuperación, lograr un mejor tratamiento clínico-quirúrgico y optimizar así el resultado de las cirugías. A modo de ejemplo baste mencionar que, en un estudio que realizamos sobre la evolución quirúrgica de 303 enfermos, los pacientes con un elevado grado de ansiedad preoperatoria y una actitud quejosa, hostil y desconfiada,

presentaron en el postoperatorio una frecuencia 10 veces mayor de problemas en el ritmo de rehabilitación, interferida y demorada por su escasa colaboración y negativismo.

SÍNTOMAS O RESPUESTAS DE ANSIEDAD

Se agrupan en tres formas de respuesta humana:

1º Signos subjetivos, cognitivos o de pensamiento - Preocupación.

- a) Inseguridad.
- b) Miedo o temor.
- c) Aprensión. Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- e) Anticipación de peligro o amenaza.
- f) Dificultad de concentración.
- g) Dificultad para la toma de decisiones.
- h) Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2º SÍNTOMAS MOTORES U OBSERVABLES

- a) Hiperactividad.
- b) Paralización motora.
- c) Movimientos torpes y desorganizados.
- d) Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- e) Conductas de evitación.

3º SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS O CORPORALES.-

- a) Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- b) Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- c) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- d) Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia. Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- f) Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN EL PRE OPERATORIO.

El abordaje de las manifestaciones del estrés quirúrgico debe contar con estrategias que tiendan sobre todo a un diagnóstico temprano de los conflictos generados por la cirugía. Como siempre lo es en medicina, la meta ideal sería actuar de un modo preventivo (16).

Para mejorar la recuperación psicológica y orgánica de los pacientes quirúrgicos, se dispone de diferentes recursos: adecuadas medidas ambientales, de enfermería o en la relación cirujano-paciente, y diversas modalidades de psicoterapia y psicoprofilaxis, además de la utilización de psicofármacos. Es beneficiosa en ocasiones la indicación de psicofármacos porque, al disminuir la ansiedad, el insomnio u otras manifestaciones psiquiátricas más graves, pueden ayudar a una mejor adaptación emocional y una recuperación quirúrgica menos amenazada por tensiones y sufrimientos.

En el contexto quirúrgico, los psicofármacos siempre deben utilizarse teniendo en cuenta las características de la personalidad del enfermo y su modo de adaptación psicológica frente al estrés. El uso de psicofármacos como simples "supresores" de la ansiedad u otros síntomas no es adecuado; debe ser acompañado por medidas tendientes a la identificación de los temores y conflictos desencadenados por la operación, lo que permite una tranquilidad mucho más eficaz y duradera.

A continuación se expondrán algunos lineamientos generales para la utilización de psicofármacos en cirugía. Estos criterios han surgido de nuestras observaciones clínicas y de la bibliografía revisada, pero indudablemente constituyen un tema que requerirá de nuevos estudios y comprobaciones experimentales futuras.

En cuanto a la ansiedad preoperatoria, cierto nivel de ansiedad es normal y deseable, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y fantasías generados por la operación y la anestesia; evidencia la adecuación a la realidad de la situación prequirúrgica. Ahora

bien, es útil distinguir en la ansiedad preoperatoria aspectos cuantitativos y aspectos cualitativos; los primeros se refieren a la magnitud del estado de ansiedad, que puede influir en el margen de seguridad anestésico y tiene una relación directa con la intensidad del dolor postoperatorio, entre otros parámetros. El aspecto cualitativo de la ansiedad lo proporciona su tinte hostil o depresivo, el que forme parte de una reacción maníaca con omnipotencia y minimización de los riesgos de la cirugía, etcétera. Esa cualidad del estado ansioso preoperatorio es un indicador de las conductas con que el paciente afronta el estrés, del tipo de su personalidad y de algunas posibles dificultades psicológicas u orgánicas que pueden surgir en el pre o el postoperatorio. Con esto se quiere señalar que la ansiedad, a la que es muy conveniente disminuir con medicación, también puede transformarse en una interesante variable en la evaluación preoperatoria de los enfermos.

El uso de psicofármacos en la etapa prequirúrgica apunta sobre todo al aspecto cuantitativo, pues busca reducir la "cantidad" de ansiedad a niveles más tolerables para cada paciente. Se persigue la meta de evitar que el monto de ansiedad impida al enfermo reflexionar y adaptarse correctamente en cada momento de la experiencia anestésico y quirúrgica, y de prevenir descargas motoras directas (excitación psicomotriz, crisis de pánico y huida del quirófano, etcétera) por imposibilidad de mantener un buen control emocional. Además, como un nivel patológicamente elevado de ansiedad preoperatoria puede disminuir el margen de seguridad anestésica, es importante atenuar la ansiedad y sus concomitantes fisiológicos para impedir que un estado de labilidad autonómica genere complicaciones intraoperatorias (como arritmias cardíacas, o incremento de las posibilidades de efectos secundarios peligrosos de las drogas utilizadas en la anestesia).

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

La consejería es una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y promoción a la salud, consiste en una relación de ayuda basada en una comunicación efectiva; con ella se busca mejorar la salud del

paciente, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo.

En el ámbito de la salud, la consejería se define como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones. Sus principales ámbitos de aplicación son:

- Reducir el impacto emocional en los pacientes frente a situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo.
- Generar espacios de comunicación al interior de la familia.
- Fomentar la adherencia a tratamientos (farmacológico y no farmacológico)
- Facilitar la percepción de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para la prevención y
- Favorecer la adopción de estilos de vida saludable.

La consejería es una herramienta de uso de los profesionales de la salud, con el fin de desarrollar con mayor efectividad una de sus funciones, que es promover comportamientos saludables, tanto en el ámbito de la prevención como en el tratamiento o mitigación de los efectos de las enfermedades (17).

La Consejería de Enfermería es una práctica participativa y de beneficio mutuo institución – usuario y como tal requiere de permanente seguimiento y evaluación con el fin de identificar sus resultados e implementar las modificaciones a que haya lugar y dinamizar el proceso, de acuerdo con las necesidades detectadas una vez puesto en marcha para, promover su mejoramiento continuo tanto cualitativa como cuantitativamente (18).

Consejería de Enfermería en el paciente Pre Quirúrgico

La atención de enfermería del paciente que va a someterse a cirugía y anestesia requiere un conocimiento profundo de lo que se conoce como circuito perioperativo, el cual abarca desde el momento que se toma la decisión de practicar la intervención quirúrgica hasta que se produce el alta hospitalaria. Se considera que la cirugía es una amenaza real o potencial

para la integridad corporal e interfiere con el funcionamiento orgánico normal, el individuo sufre una lesión o enfermedad y cambios en sus hábitos personales, aunque sean de forma provisional. El éxito de la Consejería preoperatoria depende en gran parte de la cooperación del equipo quirúrgico, quienes al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación adecuada, mantener una buena relación enfermera-paciente y el trato humano para brindarle un manejo perioperatorio de calidad, orientado a dar mayor seguridad de acuerdo al caso que se trate.

La comunicación es un proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas; sin embargo existe situaciones en donde la misma se obstaculiza o bien no se logra. Siendo la enfermería una profesión cuya función es ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar, la comunicación se convierte en una herramienta esencial en la consejería de enfermería , ya que permite establecer la relación enfermera-cliente, para así identificar la necesidad del enfermo, percibe su angustia, dudas, temores, incomodidades, conformidad con los procedimientos que le son realizados y especialmente proporciona ayuda ante experiencias en el proceso de preparación en un acto quirúrgico, en donde el enfermo se siente solo, deprimido y suele mostrar ansiedad, intranquilidad, nerviosismo y preocupación .

El acto quirúrgico supone una agresión y afecta a tres niveles, bio-psico-social, la consejería de Enfermería antes de la intervención quirúrgica le da a la enfermera tiempo para aprender sobre el paciente, observar directamente su conducta y hacer una planeación apropiada antes de asumir la responsabilidad de la atención del paciente. Independientemente de la instalación física donde se realice un procedimiento invasivo, los pacientes deben de ser preparados de forma adecuada para el impacto, esto conlleva a una preparación tanto física como emocional. En la consejería se debe, observar los datos que pueden influir en la intervención, informar de los

resultados que se esperan obtener, proporcionar apoyo emocional para tranquilizar al paciente.

El nivel de ansiedad y el miedo del paciente deben valorarse y tratarse en el preoperatorio, hay que poner el máximo interés en conseguir medidas de apoyo capaces de minimizar los peligros potenciales de la ansiedad, idealmente esta evaluación debería tener lugar antes del día de la operación, el propósito de la consejería de enfermería es aliviar la ansiedad y el miedo, brindar la información objetiva y la aclaración de posibles malentendidos serán muy útiles en este momento, así como la oportunidad de que el paciente exprese sus sentimientos.

Guía de Consejería de enfermería para el estudio:

El acto quirúrgico, supone una actividad idónea para la puesta en práctica de las demandas de los ciudadanos acerca de la personalización de los cuidados, dado que, por un lado, dicha actividad genera en los usuarios y familias una gran carga de ansiedad y temor, derivadas sobre todo del desconocimiento.

La búsqueda de la mejora continua en la atención de las personas en nuestro ámbito sanitario, nos obliga a que seamos capaces de identificar problemas, marcar resultados e indicar intervenciones encaminadas al logro de dichos resultado a través de la consejería de Enfermería; teniendo como objetivos:

- Lograr el mejoramiento del cuidado del paciente, aumentando la calidad percibida y, por tanto, la satisfacción de los usuarios y/o familia.
- Actuar sobre los conocimientos deficientes del proceso terapéutico.
- Determinar el nivel de ansiedad después de la consejería de enfermería, lo que permitiría, evidenciar la efectividad de nuestras actuaciones en este campo.
- Crear un proceso continuo de atención de enfermería en pacientes pre quirúrgicos

Esta guía de Consejería de Enfermería que se propone engloba tres áreas, a fin lograr el control de la ansiedad pre quirúrgica, basado en las Intervenciones NIC (19):

Área de Comunicación: Explicación del procedimiento quirúrgico al paciente y/o familiares, incluyendo las posibles sensaciones postoperatorias, aplicando un proceso de escucha activa, respondiendo a sus preguntas. Reforzar aquellas ideas del procedimiento que pueden hacer entender al paciente que su miedo es exagerado e injustificado.

Intervenciones NIC recomendadas: Presencia y enseñanza pre quirúrgica:
Código NIC: 5610

- Informar al paciente y al ser querido acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.
- Informar al paciente/ ser querido de la duración esperada de la intervención, si procede.
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Evaluar la ansiedad del paciente/ ser querido relacionada con la cirugía.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Describir las rutinas preoperatorias, si procede.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si procede.
- Describir las rutinas/ equipos postoperatorios y explicar su objeto.
- Enseñar al paciente como puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

Área Conductual: Enseñar al paciente a relajarse, disminuyendo los síntomas de la tensión muscular o la ansiedad, ayudándolo a descansar.

Intervenciones NIC recomendadas: Técnica de relajación y terapia de relajación simple Código NIC: 5880 y 6040:

- Sentarse y hablar con en el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Reafirmar al paciente en su seguridad personal.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
- Utilizar la distracción, si procede.
- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Recomendar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.

Área de Afrontamiento: Estimular al paciente a hablar sobre sus miedos y temores, adaptándose a los factores estresantes.

Intervención NIC recomendada: Aumentar el afrontamiento Código NIC: 5230:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Reconocer la experiencia espiritual/ cultural del paciente.
- Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

Hipótesis de estudio:

Es efectiva la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad del paciente pre quirúrgico.

2.4. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Consejería de enfermería

Es el plan de cuidados que aplica la enfermera en el paciente, previo a una intervención quirúrgica programada.

Ansiedad

Es el sentimiento emocional desagradable que experimenta el paciente previo a una intervención quirúrgica.

Paciente pre quirúrgico

Es el paciente que se encuentra programado para recibir una intervención quirúrgica.

Profesional de Enfermería de cirugía:

Es un profesional especialista que participa con conocimiento, habilidad técnica, sentido ético y humano en la etapa pre y post operatoria.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarla, tipo cuantitativo porque se asigna un valor numérico a las variables, método cuasi experimental, de corte transversal, con dos grupos, y una sola medición (Post prueba) a cada grupo. En razón que permite presentar la información después de la aplicación de la variable independiente que está dado por la consejería de enfermería en un tiempo y espacio determinado. El grupo experimental recibió la consejería de Enfermería, y el grupo control una preparación habitual del servicio.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, establecimiento de salud de referencia nacional por su especialidad, dicho servicio en la actualidad dispone de una capacidad física instalada para 35 camas, distribuidas en seis ambientes de hospitalización.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, el cual es de 720 pacientes aproximadamente a nivel anual.

3.4. MUESTREO Y MUESTRA

La muestra fue obtenida mediante el método probabilístico de proporciones para población finita con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 0.1, obteniéndose una muestra de 76 pacientes. (Anexo B); distribuyendo 38 pacientes, para el grupo experimental y 38 pacientes en el grupo control.

3.5. UNIDAD DE ANALISIS

Pacientes pre quirúrgicos del servicio de Cirugía.

3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes varones y mujeres entre 20 a 50 años de edad.
- Pacientes del servicio de Cirugía: sala Rosario y sala Corazón de Jesús, (pacientes que ingresan lucidos , orientados, en tiempo, espacio y persona y que serán intervenidos de tumos cerebral, aneurismas, malformaciones arteriovenosa cerebral y patologías de la columna)
- Pacientes que presenten un estado de conciencia (Glasgow de 14 – 15)
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con limitaciones o incapacidad para escuchar o hablar.
- Pacientes que presenten un estado de conciencia alterado, por su misma situación de salud (Glasgow menor de 13)
- Pacientes que presenten alguna enfermedad psiquiátrica, previamente confirmada por la historia clínica.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el “Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado”, (Anexo C) validado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1979 y validado internacionalmente el 2002.

Luego de realizar los reajustes sugeridos al instrumento, se llevó a cabo la prueba piloto para determinar la validez y la confiabilidad estadística mediante la prueba R de Pearson y alpha de Crombach. (Anexo...)

3.8. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

Para ejecutar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a las autoridades del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Luego se llevó a cabo la coordinación con la supervisora y Jefe del Servicio de cirugía: Sala Rosario y sala Corazón de Jesús , a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando aproximadamente de 20 a 30 minutos previo consentimiento informado.

Para el procesamiento y presentación de datos, se elaboró una matriz en formato Excel, clasificando los datos, a fin de presentarlos en cuadros y/o gráficos para su análisis e interpretación.

3.9. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACION

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS 20, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz de datos (Anexo F). Posteriormente los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos estadísticos, para el respectivo análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, porcentajes, frecuencias absolutas y la valoración de la ansiedad se define en ansiedad leve, moderada y severa. Para confrontar la hipótesis se aplicó la estadística inferencial, mediante la prueba de T de student.

3.10. CONSIDERACIONES ETICAS:

Para ejecutar el estudio se tomó en consideración la autorización de la institución, así como el Consentimiento Informado de cada uno de los participantes (Anexo D) .Se dio información necesaria de la investigación de forma clara y sencilla, aclarando todas las dudas e inquietudes de los pacientes. La recolección de datos se realizó con los pacientes que desearon participar de manera voluntaria, respetando así su autonomía.

Se les explicó además a los pacientes que la información recolectada sería anónimo, confidencial y que sería exclusivamente utilizada para la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en tablas y/o gráficos estadísticos, para el análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico. Así tenemos:

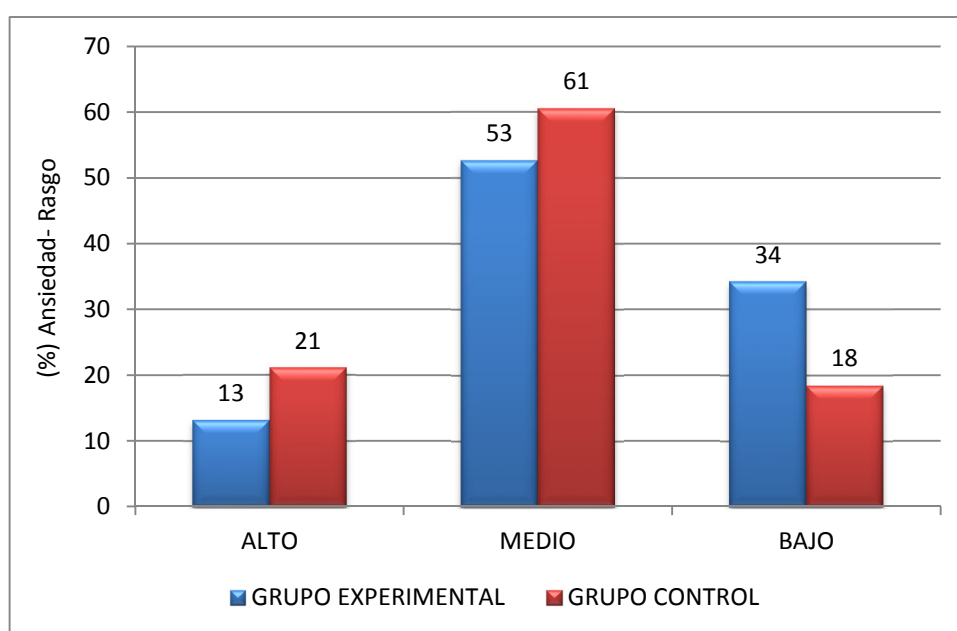
4.1. RESULTADOS:

En cuanto a los datos generales del 100% (76); 45% (34) son de sexo femenino y 55% (42) de sexo masculino; 26% (20) tienen de 18 a 25 años, 21% (16) entre 26 y 40 años, 46% (35) entre 41 y 59 años, mientras que 7% (5) tienen más de 60 años (Anexo H); con respecto al estado civil 38% (29) son convivientes, 34% (26) solteros, 20% (15) casados, 7% (5) separados y 1% (1) viudo. Así mismo, 30% (23) tienen el grado de instrucción superior; 37% (28) secundaria completa y 33% (25) secundaria incompleta.

Por lo que se puede evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes son de sexo masculino, tienen entre 41 y 59 años, son convivientes y tienen secundaria completa.

GRAFICO N° 1

NIVEL DE ANSIEDAD – RASGO EN EL PACIENTE PRE QUIRÚRGICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS NEUROLÓGICAS, GRUPO EXPERIMENTAL
Y GRUPO CONTROL
LIMA-PERÚ
2013



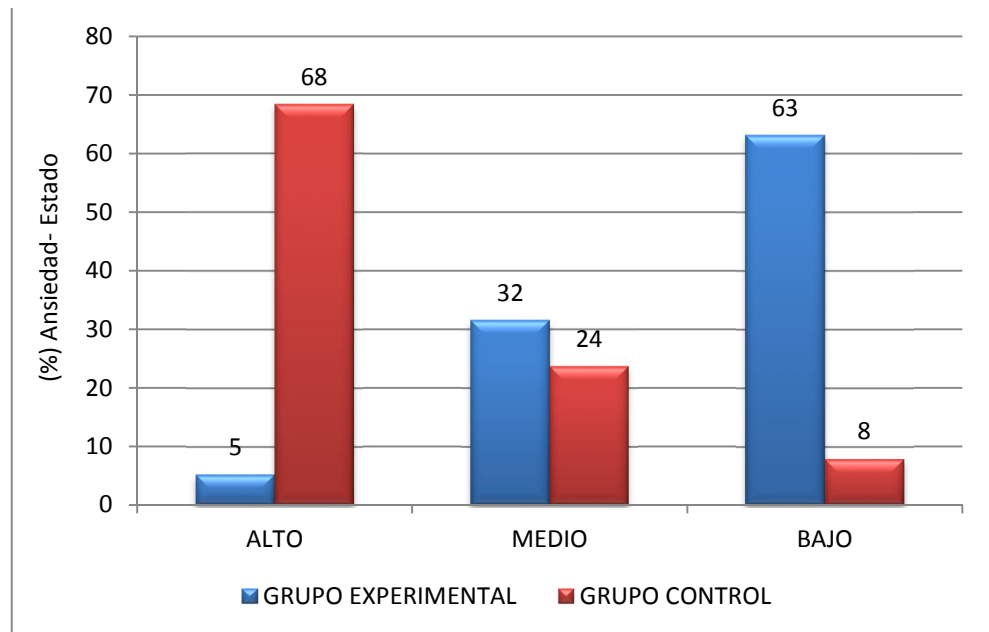
Fuente: Instrumento aplicado en pacientes pre quirúrgicos del servicio de Cirugía INCN, 2013

T calculado > T teórico = 1.94 > 1.68; se rechaza Ho; se acepta la Ha

En relación a la Ansiedad - Rasgo, el Grupo experimental, del 100% (38), después de la aplicación de la Consejería de Enfermería; 13%(5) presentó un nivel de ansiedad alta, 53% (20) media y 34%(13) baja. Mientras que en el grupo control, del 100% (38); 21% (8) presentó un nivel de ansiedad alta, 61% (23) media y 18%(7) baja; (Grafico N°1). Lo que se observa que los niveles de Ansiedad - Rasgo en el grupo experimental disminuyeron, después de la Consejería de Enfermería, mientras que en el grupo control los niveles de ansiedad rasgo son más elevados; esto fue comprobado por la prueba T de student. (Anexo G).

GRAFICO N° 2

NIVEL DE ANSIEDAD – ESTADO EN EL PACIENTE PRE QUIRÚRGICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS NEUROLÓGICAS, GRUPO EXPERIMENTAL
Y GRUPO CONTROL
LIMA-PERÚ
2013



Fuente: Instrumento aplicado en pacientes pre quirúrgicos del servicio de Cirugía INCN, 2013

$T \text{ calculado} > T \text{ teórico} = 8.85 > 1.68$; se rechaza H_0 ; se acepta la H_a

En relación a la Ansiedad - Estado, en el grupo experimental, del 100% (38), después de la aplicación de la Consejería de Enfermería; 5% (2) presentó un nivel de ansiedad alta, 32% (12) media y 63%(24) baja; mientras que el grupo control 68%(26) presentó un nivel de ansiedad alta, 24% (9) media y 8%(3) baja. (Grafico N°2)

Lo que se observa que la Ansiedad - Estado disminuyó después de la aplicación de la Consejería de Enfermería, mientras que en el grupo control el nivel de Ansiedad – Estado es Alta; esto fue comprobado por la prueba T de student. (Anexo G).

4.2. DISCUSION

Al respecto, en el Grafico N° 1, Nivel de Ansiedad – Rasgo en el paciente pre quirúrgico del servicio de cirugía, en el grupo experimental y grupo control; la teoría menciona que Spielberger considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad - rasgo, se presenta cuando el individuo interpreta al mundo más peligroso y amenazador; dicho individuo es más vulnerable a la tensión, experimenta estados de ansiedad más prolongados; es más vulnerable a la evaluación de los demás porque se subestima y prevalece su falta de confianza en sí mismo.

Del mismo modo, en el grafico N°2, Nivel de Ansiedad – Estado en el paciente pre quirúrgico del servicio de cirugía, en el grupo experimental y grupo control; la teoría menciona que Spielberger considera que La Ansiedad - Estado está dada como una condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión nerviosismo preocupación y aprensión, demostrados en ese preciso momento.

Por tanto el acto quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido a través de una cirugía, especialmente en aquellos pacientes que son conscientes que su patología neuroquirúrgica implica muchos riesgos en su salud. Por ello, la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad, con una adecuada atención y cuidado de enfermería, que a la vez implique la preparación psicológica y/o quirúrgica del paciente, con el fin de disminuir su ansiedad.

Podemos citar modelos que permitan explicar la disminución de la ansiedad, tal es el caso de la Consejería de Enfermería, que ha sido

diseñado teniendo en cuenta las Intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification). Las Intervenciones de Enfermería, son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, que es este caso disminuir la ansiedad prequirúrgica, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, este presente a todas las especialidades de la profesión. En base a las intervenciones NIC, se desarrolla un modelo de Consejería de Enfermería, agrupando las intervenciones en tres áreas: El Área de Comunicación (NIC: 5610); donde se hace la explicación del procedimiento quirúrgico al paciente y/o familiares, incluyendo las posibles sensaciones postoperatorias, aplicando un proceso de escucha activa, respondiendo a sus preguntas. Reforzando aquellas ideas del procedimiento que pueden hacer entender al paciente que su miedo es exagerado e injustificado. El Área Conductual (NIC: 5880 y 6040) donde se enseña al paciente a relajarse, disminuyendo los síntomas de la tensión muscular o la ansiedad, ayudándolo a descansar. Y el Área de Afrontamiento (NIC: 5230), donde se estimula al paciente a hablar sobre sus miedos y temores, adaptándose a los factores estresantes ocasionados por la cirugía.

Diversos autores señalan que los pacientes consideran el acto quirúrgico como un hecho que pone en riesgo su vida, por ello es importante que la enfermera desarrolle estrategias basadas en el proceso de Atención de enfermería, para lograr disminuir la ansiedad en el paciente quirúrgico.

Estos resultados coinciden con algunas investigaciones como las realizadas por: Pérez (7), en Cuba, en 1997, quien manifiesta “que la indicación quirúrgica produce niveles de ansiedad moderados los cuales se incrementan hasta alcanzar su máxima intensidad el día de la operación, además la ansiedad prequirúrgica está asociada al dolor posoperatorio, la elevación de la tensión arterial en el preoperatorio y la necesidad de consumir analgésicos y sedantes. Es importante realizar una preparación psicológica para la cirugía, incluso en intervenciones sencillas”. Igualmente Barsanti (8), en Argentina, en 1997, en su estudio

concluye que “la preparación psicológica ha podido favorecer una baja del nivel de ansiedad a grados tolerables para el paciente para poder enfrentar la situación quirúrgica en mejores condiciones emocionales; y en los casos en que se mantuvo alta, se podría hablar de un tipo de ansiedad de tipo rasgo”.

Así mismo, Aparcero,(10); en España, el 2003, concluye que “la entrevista pre quirúrgica al paciente permite disminuir la ansiedad, crear un clima de tranquilidad y confort en su entorno y evitar o minimizar la aparición de dolor agudo postquirúrgico” (10), también Chirveches (11), en España, el 2006, realizó un estudio titulado “Efecto de una visita pre quirúrgica de Enfermería Perioperatoria sobre la Ansiedad y el Dolor en un Centro Hospitalario”, concluyendo que “la visita prequirúrgica estructurada de enfermería reduce la ansiedad situacional y mejora la satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico”

Por lo expuesto, según los hallazgos encontrados podemos deducir que existen diferencias de Ansiedad - Rasgo entre el grupo experimental y control, observándose que el nivel de ansiedad es menor en el grupo experimental que recibió la Consejería de Enfermería, que en el grupo control que solo recibió la charla habitual del servicio. Al respecto de la Ansiedad - Estado, también se observa que el nivel de ansiedad en el grupo experimental es bajo, después de aplicarse la Consejería de Enfermería, mientras que en el grupo control el nivel de ansiedad es Alto.

Lo que quiere decir, la mayor parte de pacientes pre quirúrgicos que recibieron la Consejería de Enfermería, disminuyeron sus niveles de ansiedad, por lo tanto, es importante la intervención de la enfermera a través de su Consejería con el objetivo de reducir el nivel de ansiedad del paciente a través de la orientación que se le brinde, contribuyendo en el proceso de recuperación y prestando una asistencia calificada al paciente que se someterá al tratamiento quirúrgico.

Para comprobar la hipótesis se aplicó la prueba de Prueba t de student con un nivel de significancia de α : 0.05, obteniéndose para la Ansiedad - Rasgo un t cal (1.94) > t tab.(1.68); y para la Ansiedad - Estado un t cal (8.85) > t tab.(1.68); con estos resultados se rechaza la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir que la Consejería de Enfermería fue efectiva en la disminución de la ansiedad en el paciente pre quirúrgico (Anexo J). Enfatizando que este logro significativo se debe a las características propias de la consejería, el cual estuvo basado en las Intervenciones NIC dirigidas a las áreas de Comunicación, Conductual y área de Afrontamiento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La consejería de enfermería es efectiva en la disminución de la ansiedad del paciente pre quirúrgico, demostrado a través de la prueba de t de Student, obteniéndose un T calc. 1.94, para la ansiedad Rasgo y un T calc 8.85 para ansiedad estado con un nivel de significancia de α : 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra el efecto de la consejería de Enfermería en la disminución de la ansiedad.
- El nivel de Ansiedad-Rasgo es menor en el grupo experimental que recibió la Consejería de Enfermería, que en el grupo control que solo recibió la charla habitual del servicio.
- El nivel de ansiedad-Estado en el grupo experimental es bajo, después de aplicarse la Consejería de Enfermería, mientras que en el grupo control el nivel de ansiedad es Alto.

5.2. LIMITACIONES

- Los resultados y las conclusiones del estudio solo pueden ser generalizadas a la población de estudio.

5.3. RECOMENDACIONES

- Que el profesional de Enfermería que labora en el servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas aplique la Consejería de Enfermería, dentro del Proceso de atención de enfermería, a fin de disminuir la ansiedad de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

- Realizar estudios de investigación sobre sobre factores que influyen en la ansiedad pre quirúrgica, y así evaluar su impacto y profundizar los hallazgos.
- Realizar estudios similares en otras poblaciones, a fin de conocer la problemática en torno a la variable en estudio.
- Realizar estudios comparativos sobre la ansiedad pre quirúrgica, en diferentes poblaciones y áreas hospitalarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Latorre J. Estrés: significado, impactos y recursos. Ciencias Psico-Sociales Aplicadas, 2 ed. Síntesis. Madrid 1995.
- (2) Alarcón R. Psiquiatría, 2ed., Ed. Manual moderno, Mex, D.F. 2005
- (3) Mata, Mercedes, Los factores que influyen en el stress pre y post operatorio y las emociones que se desencadenan en una operación cardiovascular [Internet]. Monografías: México, 2003 [acceso 18 de Noviembre del 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos19/stress-post-operatorio/stress-post-operatorio.shtml?monosearch>
- (4) Marín I, Ansiedad en los pacientes intervenidos de rodilla [Internet]. UM.: España, 2007 [acceso 18 de Noviembre del 2011]. Disponible en: <http://www.um.es/global.com>,
- (5) Torres, Dominga, Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. [Internet] UJAT: Mexico, 2008 [acceso 18 de Noviembre del 2011] Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_ene_abr/04%20calidad%20de%20la%20visita.pdf
- (6) Gonzáles, Patricia , "Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el hospital Edgardo Rebagliati Martins [Internet] cybertesis: Perú, 2007 [acceso 18 de Noviembre del 2011] Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/gonzales.../gonzales_lp-TH.3.pdf
- (7) Pérez, Raquel, Influencia de la Ansiedad Pre quirúrgica en la evolución de la Cirugía de las Várices Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes

quirúrgicos. [Internet] BVS: Cuba, 1997 [acceso 20 de Enero del 2012] Disponible en:

www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.htm

- (8) Barsanti, Sandra, Impacto de una preparación psicológica con una técnica preventiva sobre el nivel de ansiedad en niños sometidos a una cirugía programada de baja y mediana complejidad en el Hospital de Pediatría Juan Garrahan [Internet] CPCBA: Argentina, 1997 [acceso 20 de Enero del 2012] Disponible en:

www.cpcbacom.ar/ansiedad_prequirurgica.html

- (9) Grootk I., Influencia de las variables psicológicas sobre la ansiedad posoperatoria y las dolencias físicas en pacientes sometidos a cirugía lumbar [Internet] siicsalud: Holanda, 1997 [acceso 20 de Enero del 2012]

Disponible en: www.siicsalud.com/dato/resiic.php/30807

- (10) Aparcero, L., La visita entrevista pre quirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad en el control de la ansiedad [Internet] index-f: España, 2003 [acceso 20 de Enero del 2012] Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n12/284articulo.php - España

- (11) Chirveches, Emilia, Efecto de una visita pre quirúrgica de Enfermería Perioperatoria sobre la Ansiedad y el Dolor en un Centro Hospitalario [Internet] Dialnet: España, 2006 [acceso 20 de Enero del 2012] Disponible en dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1395725

- (12) Gandsas Mario, "Fundamentos de Enfermería Quirúrgica e Instrumentación" 4ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1998

- (13) Rojas, E. "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Madrid. En Ediciones temas de hoy. N° 1 Vol. 2 . 1998.
- (14) Spielberger, C. D Anxiety. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press,1992.
- (15) Giacomantone, E. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. Buenos, Aires, 1997.
- (16) Torres, Dominga, Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica [Internet] UJAT: México, 2008 [acceso 20 de Enero del 2012] Disponible en:
http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_ene_abr/04%20calidad%20de%20la%20visita.pdf
- (17) Castro, Edith, Consejería personalizada en Enfermería en el Hospital General de México. Rev. Enferm. Medigraphic [Revista en Internet] 2009 [acceso 20 de Enero del 2012]; Vol. 72, N° 4. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094j.pdf>
- (18) Vela, Clesi, Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla [Internet] cybertesis: Perú, 2009 [acceso 18 de Noviembre del 2011] Disponible en:
cybertesis.unmsm.edu.pe/sdx/sisbib/ranking.xsp?&hpp=10...
- (19) Dochterman, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ta Ed. España: Mosby, 2005.

- (20) Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, Ch.D. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. 1ra Ed. México: IDAREN:El Manual Moderno. 1975.
- (21) Bauermeister, J.J. O. Colón, B. Villamil, Ch.D. Spielberger: Confiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños puertorriqueños y panameños, Revista Interamericana de Psicología, 20(182):118.

BIBLIOGRAFIA

Alarcón R. Psiquiatría, 2ed., Ed. Manual moderno, Mex, D.F. 2005

Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, Ch.D. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. 1ra Ed. México: IDAREN:El Manual Moderno.1975.

Dochterman, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ta Ed. España: Mosby, 2005.

Giacomantone, E. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. Buenos, Aires, 1997.

Gandsas Mario, "Fundamentos de Enfermería Quirúrgica e Instrumentación" 4ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1998

Latorre J. Estrés: significado, impactos y recursos. Ciencias Psico-Sociales Aplicadas, 2 ed. Síntesis. Madrid 1995.

Rojas, E. "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Madrid. En Ediciones temas de hoy. Nº 1 Vol. 2 . 1998.

Spielberger, C. D Anxiety. "Current trends in theory and research." New York. ED. Counseling Psychologist Press,1992.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de variables -----	I
B Determinación de la muestra -----	IV
C Instrumento -----	VII
D Consentimiento informado -----	VIII
E Tabla de códigos -----	XI
F Tabla de Matriz de datos -----	XIII
G Validez del instrumento -----	XIV
H Confiabilidad del instrumento -----	XVI
I Prueba T de student -----	XVIII
J Datos generales -----	XXII
K Ansiedad Rasgo - Estado grupo experimental -----	XXIII
L Ansiedad Rasgo - Estado grupo control -----	XXIII

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Consejería de Enfermería	Es la relación de ayuda establecida entre la enfermera y el paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones	Es el plan de cuidados que aplica la enfermera en el paciente, previo a una intervención quirúrgica programada, dirigido al área de Comunicación, área de conductual y área de Afrontamiento, teniendo como base la Taxonomía NIC.	Área de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de la cirugía. • Experiencias quirúrgicas • Ansiedad del paciente • Preguntas y discusión de inquietudes. • Descripción de rutinas preoperatoria. • Reforzamiento de la confianza • Descripción de las rutinas postoperatorios. • Reforzamiento de la comunicación.
			Área Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Sentarse y hablar con el paciente. • Reducción o eliminación de estímulos que crean miedo o ansiedad. • Reafirmación de la seguridad personal. • Métodos que disminuyen la ansiedad • Empleo de la distracción • Respiración lenta y profunda. • Intervenciones de relajación útiles en el pasado. • Propicio de ambiente tranquilo • Adopción de una posición cómoda • Relajación

				<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la comprensión del paciente sobre la cirugía • Uso de un enfoque sereno, de reafirmación sobre la cirugía • Ayuda al paciente a valorar objetivamente la cirugía. • Actitud de esperanza y realista • Reconocimiento de la experiencia espiritual y cultural del paciente. • Uso de fuentes espirituales • Identificación de la fortaleza del paciente. • Aliento a la familia • Evaluación del propio comportamiento del paciente.
				<p>Área de Afrontamiento</p>

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Ansiedad	Es una reacción emocional desagradable, que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, nerviosismo y preocupación, que experimenta una persona ante una situación que vulnera su tranquilidad.	Es el sentimiento emocional desagradable que experimenta el paciente previo a una intervención quirúrgica, cuyo resultado puede ser Ansiedad Estado o Ansiedad Rasgo, y es obtenido a través del Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberg, el cual tiene los siguientes valores: Ansiedad Estado o rasgo leve, moderado y severo.	Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Confianza en si mismo • Bienestar • Animación • Satisfacción 	Alta media baja
			Rasgo	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión • Emocional • Nerviosismo • Preocupación • Inseguridad 	Alta Media Baja

ANEXO B

DETERMINACION DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para variables cualitativas y población finitas.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2(N-1) + Z^2 P \times Q}$$

Z: grado de confiabilidad: 95% (1.96)

P: probabilidad: 0.5

Q: 1-p: 0.5

Error maestral: 5%: 0.05

N: tamaño de la población: 720

$$n = \frac{720(1.96)^2(0.5)(0.5)}{719(0.1)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n=85$$

Factor de conversión:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = 85/1.118$$

$$n = 76$$

ANEXO C

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN:

Estimada (o) paciente: El presente instrumento tiene como objetivo identificar la ansiedad ante una cirugía. El cuestionario es anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES:

1. Edad:_____ años
2. Sexo:
 - a. Masculino () b. Femenino ()
3. Grado de instrucción:
 - a. Sin instrucción ()
 - b. Primaria completa ()
 - c. Secundaria incompleta ()
 - d. Secundaria completa ()
 - e. Superior o técnico ()
4. Estado Civil
 - a. soltero
 - b. casado
 - c. conviviente
 - d. separado
 - e. viudo

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO DE SPIELBERGER

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrara 20 frases que se utilizan para auto describirse. Lea detenidamente cada frase y señale la que indique mejor COMO SE SIENTE USTED EN GENERAL, EN LA MAYORIA DE LAS OCASIONES. Marque la respuesta que usted ha elegido. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS.

Nº	ITEM	NUNCA 1	AVECES 2	AMENUDO 3
1	Me siento bien			
2	Me canso rápidamente			
3	Siento ganas de llorar			
4	Me gustaría ser tan feliz como otros			
5	No me decido pronto			
6	Me siento descansado(a)			
7	Soy una persona tranquila y serena			
8	Veo las dificultades se amontonan y no puedo con ellas			
9	Me preocupo por cosas que no tienen importancia			
10	Soy feliz			
11	Suelo tomar las cosas muy seriamente			
12	Me falta confianza en mí mismo(a)			
13	Me siento seguro(a)			
14	No suelo afrontar las crisis			
15	Me siento triste, melancólico(a)			
16	Estoy satisfecho(a)			
17	Me molestan pensamientos o cosas inmatrimiales que no tienen importancia			
18	Me afectan los desengaños			
19	Soy una persona estable			
20	Cuando pienso sobre problemas actuales me siento tenso(a)			

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO DE SPIELBERGER

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrara 20 frases que se utilizan para auto describirse. Lea detenidamente cada frase y señale la que indique mejor. COMO SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO. Marque la respuesta que usted ha elegido. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS.

N°	ITEM	Nada 1	Algo 2	Mucho 3
1	Me siento calmado(a)			
2	Me encuentro inquieto(a)			
3	Me siento nervioso(a)			
4	Me encuentro descansado(a)			
5	Tengo miedo			
6	Estoy relajado(a)			
7	Estoy preocupado(a)			
8	Me encuentro satisfecho(a)			
9	Me siento feliz			
10	Me siento seguro (a)			
11	Me encuentro bien			
12	Me siento molesto(a)			
13	Me siento aturdido(a) y sobreexcitado(a)			
14	Me encuentro tenso(a)			
15	Me encuentro atemorizado(a)			
16	Me encuentro confuso(a)			
17	Me siento animoso(a)			
18	Me siento angustiado(a)			
19	Me encuentro alegre			
20	Me siento seguro(a)			

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulado: “efecto de la consejería de enfermería en la disminución de la ansiedad del paciente pre quirúrgico, en el servicio de cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, durante el año 2013”

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena que la información brindada será solo y exclusivamente para fines investigación, respetando mi confidencialidad.

Firma del participante en la investigación

Nº CEP

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada Licenciada en Enfermería:

Yo, Gael Campos Truyenque, investigadora del presente estudio, me comprometo a guardar la máxima confidencialidad en cuanto a la información que se me brinde a través del instrumento, así mismo manifiesto que los resultados del presente estudio no le causarán perjuicio alguno.

Atte.

Gael Campos Truyenque
Responsable de la investigación

ANEXO E

TABLA DE CÓDIGOS

Datos Generales:

Sexo:

Masculino (1)

Femenino (2)

Grado de instrucción:

Sin instrucción (1)

Primaria completa (2)

Secundaria incompleta (3)

Secundaria completa (4)

Superior o técnico (5)

Estado Civil:

Soltera (1)

Casada (2)

Conviviente (3)

Viuda (4)

Separada/divorciada (5)

Datos específicos:

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO DE SPIELBERGER

N° item	NUNCA	AVECES	AMENUDO
1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4	1	2	3
5	1	2	3
6	1	2	3
7	1	2	3
8	1	2	3
9	1	2	3

10	1	2	3
11	1	2	3
12	1	2	3
13	1	2	3
14	1	2	3
15	1	2	3
16	1	2	3
17	1	2	3
18	1	2	3
19	1	2	3
20	1	2	3

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO DE SPIELBERGER

N° ITEM	Nada	Algo	Mucho
1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4	1	2	3
5	1	2	3
6	1	2	3
7	1	2	3
8	1	2	3
9	1	2	3
10	1	2	3
11	1	2	3
12	1	2	3
13	1	2	3
14	1	2	3
15	1	2	3
16	1	2	3
17	1	2	3
18	1	2	3
19	1	2	3
20	1	2	3

Forma de calificación

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

Alto ($> = 45$)

Medio (30-44)

Bajo ($< = 30$)

A. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+35+39 = B$$

$$(A-B)+35=$$

Alto ($> = 45$)

Medio (30-44)

Bajo ($< = 30$)

ANEXO F

TABLA DE MATRIZ DE DATOS

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
N°	RASGO	ESTADO	N°	RASGO	ESTADO
1	1	1	1	2	2
2	2	2	2	3	3
3	1	2	3	2	3
4	2	2	4	1	2
5	2	1	5	1	2
6	3	1	6	3	3
7	2	3	7	2	3
8	3	1	8	2	3
9	1	2	9	2	3
10	1	1	10	2	3
11	1	2	11	1	2
12	1	1	12	2	3
13	2	1	13	3	3
14	2	1	14	3	1
15	1	1	15	2	1
16	2	2	16	2	3
17	3	1	17	3	3
18	2	1	18	2	3
19	3	1	19	2	3
20	2	1	20	2	3
21	1	2	21	2	3
22	2	3	22	2	2
23	2	1	23	3	3
24	2	1	24	2	3
25	1	1	25	2	3
26	1	1	26	2	3
27	2	2	27	1	2
28	3	2	28	2	3
29	2	2	29	2	3

30	2	2	30	2	3
31	2	1	31	1	3
32	1	1	32	2	2
33	2	1	33	3	3
34	2	1	34	3	2
35	2	1	35	2	2
36	1	2	36	1	2
37	1	1	37	1	3
38	2	1	38	2	3

Obteniéndose para la Ansiedad - Rasgo un t cal (1.94) > t tab.(1.68); y
para la Ansiedad - Estado un t cal (8.85) > t tab.(1.68);

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces de expertos, además aplicar la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto aplicado a 20 pacientes, obteniéndose:

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i) (\sum y_i)}{\left[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2 \right]^{\frac{1}{2}} \left[N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2 \right]^{\frac{1}{2}}}$$

VALIDEZ DE LA ESCALA ANSIEDAD ESTADO

ITEM	PEARSON
1	0.22
2	0.77
3	0.32
4	0.41
5	0.62
6	0.30
7	0.22
8	0.25
9	0.26
10	0.44
11	0.32
12	0.38
13	0.62
14	0.52
15	0.32
16	0.33
17	0.41
18	0.23

19	0.66
20	0.65

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido; por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems, quedando de esta manera el instrumento constituido por 15 ítems válidos.

VALIDEZ DE LA ESCALA ANSIEDAD RASGO

ITEM	PEARSON
1	0.21
2	0.20
3	0.31
4	0.31
5	0.24
6	0.21
7	0.29
8	0.54
9	0.26
10	0.49
11	0.40
12	0.28
13	0.23
14	0.27
15	0.24
16	0.20
17	0.33
18	0.22
19	0.20
20	0.28

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido; por lo tanto este instrumento es válido, quedando de esta manera el instrumento constituido por 20 ítems válidos.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA ANSIEDAD ESTADO

Se empleó el coeficiente alfa de Cronbach, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

Dónde:

α es el coeficiente alfa de Cronbach,

S_i^2 es la varianza de los resultados del ítem,

S^2 es la varianza del resultado total del test,

k es el número de ítems

Remplazando los datos:

$$\square S_i^2 = 3.59 \quad S^2 = 31.69 \quad k = 20 \quad \alpha = 0.93$$

El instrumento es confiable con un valor de Alpha de Cronbach de 0.93

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA ANSIEDAD RASGO

Se empleó el coeficiente alfa de Cronbach, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

Dónde:

α es el coeficiente alfa de Cronbach,

S_i^2 es la varianza de los resultados del ítem,

S^2 es la varianza del resultado total del test,

k es el número de ítems

Remplazando los datos:

$$\square S_i^2 = 7.16 \quad S^2 = 33.21 \quad k = 20 \quad \alpha = 0.81$$

El instrumento es confiable con un valor de alfa de Cronbach de 0.81,

ANEXO I

PRUEBA T DE STUDENT

PARA ANSIEDAD RASGO

HIPÓTESIS DE ESTUDIO:

Ha: La Consejería de Enfermería es efectiva en la disminución de la Ansiedad Rasgo en el paciente pre quirúrgico.

Ho: La Consejería de Enfermería no es efectivo la disminución de la Ansiedad Rasgo en el paciente pre quirúrgico.

ANSIEDAD RASGO	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	5	13	8	21
MEDIO	20	53	23	61
BAJO	13	34	7	18
TOTAL	38	100	38	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes pre quirúrgicos; INCN, 2013

Prueba T

\bar{d} : Media de la diferencia (grupo exp y g. control)

μ : Media población

Sd : Desviación estándar de la diferencia (grupo exp. Y control)

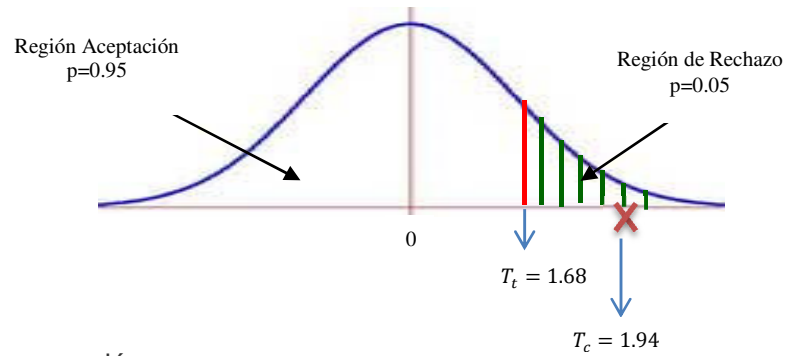
n : muestra =38

Grados de libertad: $n - 1$: $38-1 = 37$

Con un Error $\alpha = 0.05$

Se rechaza Ho si: T calculado > T teórico

Donde T teórico = 1.68 para 37 grados de libertad



Realizando la operación:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{S_d / \sqrt{n}}$$

T calc = 1.94

Por lo tanto el Tcal > Ttab 1.94 > 1.68

Se rechaza la hipótesis nula por lo tanto se puede decir que la Consejería de Enfermería es efectiva en la disminución de la Ansiedad Rasgo en el paciente pre quirúrgico, siendo significativa al 95%.

PARA ANSIEDAD ESTADO

HIPÓTESIS DE ESTUDIO:

Ha: La Consejería de Enfermería es efectiva en la disminución de la Ansiedad Estado en el paciente pre quirúrgico.

Ho: La Consejería de Enfermería no es efectiva en la disminución de la Ansiedad Estado en el paciente pre quirúrgico.

ANSIEDAD ESTADO	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	2	5	26	68
MEDIO	12	32	9	24
BAJO	24	63	3	8
TOTAL	38	100	38	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes pre quirúrgicos; INCN, 2013

Prueba T

\bar{d} : Media de la diferencia (grupo exp y g. control)

μ : Media población

S_d : Desviación estándar de la diferencia (grupo exp. Y control)

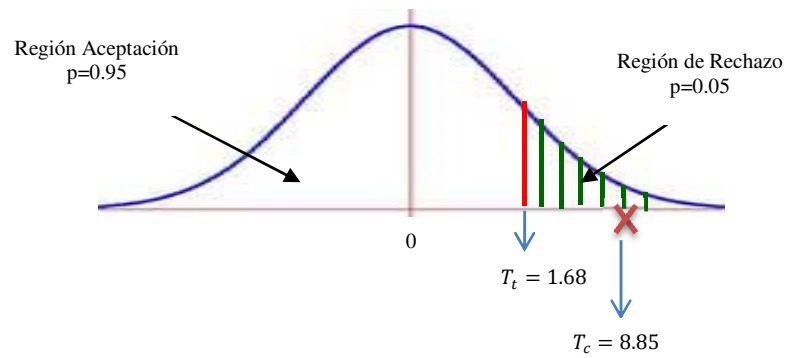
n : muestra =38

Grados de libertad: $n - 1$: $38-1 = 37$

Con un Error $\alpha = 0.05$

Se rechaza Ho si: T calculado > T teórico

Donde T teórico = 1.68 para 37 grados de libertad



Realizando la operación:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu d}{Sd / \sqrt{n}}$$

T calc = 1.94

Por lo tanto el Tcal > Ttab 8.85 > 1.68

Se rechaza la hipótesis nula por lo tanto se puede decir que la Consejería de Enfermería es efectiva en la disminución de la Ansiedad Estado en el paciente pre quirúrgico, siendo significativa al 95%.

ANEXO J

DATOS GENERALES DEL PACIENTE PREQUIRURGICO, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAA NEUROLOGICAS, 2013

ASPECTOS	N°	%
SEXO		
Masculino	42	55
Femenino	34	45
TOTAL	76	100
EDAD	N°	%
18-25	20	26
26-40	16	21
41-59	35	46
60 - +	5	7
TOTAL	76	100
ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	26	34
Casada	15	20
Conviviente	29	38
Separada/divorciada	5	7
Viuda	1	1
TOTAL	76	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
superior	23	30
Secundaria completa	28	37
secundaria incompleta	25	33
TOTAL	76	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes pre quirúrgicos; INCN, 2013

ANEXO K

**NIVEL DE ANSIEDAD RASGO EN EL PACIENTE PRE QUIRÚRGICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLÓGICAS, GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL,
LIMA-PERÚ,
2013**

ANSIEDAD RASGO	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	5	13	8	21
MEDIO	20	53	23	61
BAJO	13	34	7	18
TOTAL	38	100	38	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes pre quirúrgicos; INCN, 2013

ANEXO L

**NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO EN EL PACIENTE PRE QUIRÚRGICO
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLÓGICAS, GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL,
LIMA-PERÚ,
2013**

ANSIEDAD ESTADO	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	2	5	26	68
MEDIO	12	32	9	24
BAJO	24	63	3	8
TOTAL	38	100	38	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes pre quirúrgicos; INCN, 2013